

CIUDAD DE ALEXANDRIA, VIRGINIA
AUTORIZACIÓN PARA USAR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

Comprendo que distintos organismos brindan diferentes servicios y beneficios. Cada organismo debe tener información específica para proporcionar servicios y beneficios. Al firmar este formulario, permito que los organismos usen e intercambien cierta información sobre mí, incluida la información en una base de datos electrónica, de manera que les sea más fácil trabajar en conjunto eficientemente para brindar o coordinar estos servicios o beneficios.

Nombre del cliente _____ FDN, NSS (Opcional) _____
Dirección del cliente _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre de la(s) persona(s) que autoriza(n) _____
Parentesco con el cliente: Yo Padre/madre Apoderado Tutor Otro representante legalmente autorizado

Acepto que la siguiente información confidencial acerca del cliente sea divulgada/intercambiada cuando sea permitido por ley o reglamentación (Marque todas las opciones que correspondan):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Información de evaluaciones | <input type="checkbox"/> Diagnóstico de salud mental | <input type="checkbox"/> Registros de abuso de sustancias
(consulte también la página 2) |
| <input type="checkbox"/> Información financiera | <input type="checkbox"/> Registros médicos | <input type="checkbox"/> Registros educativos |
| <input type="checkbox"/> Beneficios/servicios necesarios,
planificados o recibidos | <input type="checkbox"/> Registros de salud mental | <input type="checkbox"/> Registros de empleo |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico | <input type="checkbox"/> Registros psicológicos | <input type="checkbox"/> Registros de justicia de menores |
| | <input type="checkbox"/> Registros psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Información del registro de servicios
de bienestar infantil |
- Otro (indique) _____

Registros más recientes: Sí No Si la respuesta es No, especifique el intervalo de fechas: _____

Divulgar la información anterior a: Nombre del organismo _____ Nombre de contacto miembro del personal _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Correo electrónico _____ Fax _____

Acepto que las siguientes entidades puedan usar e intercambiar la información anterior entre ellas:

Sí (Marque todas las opciones que correspondan)

Escriba el nombre del programa/equipo

- Escuelas públicas de la ciudad de Alexandria
- Unidad de Servicios Judiciales de Alexandria/
Departamento de Justicia de Menores de Virginia
- ADCHS: Salud conductual de adultos (CSB)
- ADCHS: Centro de asistencia económica
- ADCHS: Salud conductual de menores y familias (CSB)
- ADCHS: Bienestar infantil (incluida la información de los registros de CPS)
- ADCHS: Otros servicios para adultos
- Equipo de planificación y evaluación familiar de Alexandria (FAPT)
- Departamento de salud de Alexandria
- Departamento de policía de Alexandria
- Hospital
- Médicos
- Oficina de servicios para menores/oficinas locales de CSA
(según sea necesario)
- OTRO (indique)
- OTRO (indique)

Acepto que esta información se intercambie SOLO para los siguientes fines:

- Coordinación de servicios y planificación de tratamientos Determinación de elegibilidad Otro: _____

Comprendo que la información se compartirá por escrito, en forma oral, por fax o mediante métodos informáticos: Sí No

Acepto compartir la información adicional recibida después de que se firme esta autorización: Sí No

Este formulario vence el: Fecha específica _____ Un año desde la fecha de la firma Fecha de cierre del caso (no para CSB)

Puedo cancelar este formulario en cualquier momento informando al representante del organismo que deriva por escrito. Comprendo que el consentimiento incluye la información que ya se encuentra en mi expediente y la información que se haya agregado hasta la fecha de vencimiento. Tengo derecho a saber qué tipo de información sobre mí se ha compartido. Tengo derecho a saber por qué y cuándo se compartió y quién recibió la información. Si pregunto, cada organismo me mostrará esta información. Acepto que todos los organismos reciban una copia de este formulario como mi permiso para compartir información. **Si no firmo este formulario, la información no se compartirá y tendré que comunicarme con cada organismo para proporcionarle la información sobre mí que sea necesaria.** Comprendo que un organismo no puede exigirme que firme este formulario para brindarme servicios. Los organismos que reciban información a causa de este formulario podrían compartirla con otras personas, según lo permita la ley.

Firma(s): _____ **Fecha:** _____
(PERSONA[S] QUE AUTORIZA[N])

Persona que explica el formulario: _____
(NOMBRE) (DIRECCIÓN) (NÚMERO DE TELÉFONO)

Testigo (si es necesario): _____
(FIRMA) (DIRECCIÓN) (NÚMERO DE TELÉFONO)

**CIUDAD DE ALEXANDRIA, VIRGINIA
AUTORIZACIÓN PARA USAR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN**

Firme a continuación SOLO si autoriza la divulgación de los registros de abuso de sustancias

Comprendo que los registros de tratamiento por abuso de sustancias están protegidos por las Regulaciones Federales de Confidencialidad sobre Pacientes con Trastornos por Abuso de Drogas y Alcohol (Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR] 42, parte 2). Una persona que reciba registros de tratamiento por abuso de sustancias no puede compartirlos con nadie a menos que yo lo permita por escrito o que las regulaciones del CFR 42, parte 2, así lo permitan. Este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que el programa que va a hacer la divulgación ya haya tomado medidas basándose en él.

Firma: _____ **Fecha:** _____
(PERSONA[S] QUE AUTORIZA[N])

Nombre completo del cliente, en letra de imprenta: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL ORGANISMO

LA AUTORIZACIÓN HA SIDO:

- Revocada en su totalidad
 Parcialmente revocada de la siguiente manera: _____

LA NOTIFICACIÓN DE QUE SE REVOCÓ LA AUTORIZACIÓN FUE:

- Por carta (adjuntar copia) Por teléfono En persona

FECHA DE RECEPCIÓN DE REVOCACIÓN: _____

REPRESENTANTE DEL ORGANISMO QUE RECIBE LA REVOCACIÓN:

Nombre del organismo _____ Dirección del organismo _____

Nombre completo y cargo del representante del organismo _____ Número de teléfono _____

[DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE]